Ein Fall
von Larynx-Erysipel mit Ausgang in Sepsis
in klinischem Zusammenhang mit einer malignen Lymphdrüsen-Erkrankung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medicin.

Der

Hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Julius Schuester,

cand. med.

aus Burgau, Bayern.

1896.

München.

Druck von M. Ernst, Senefelderstrasse 4.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534912_0107

Ein Fall
von Larynx-Erysipel mit Ausgang in Sepsis
in klinischem Zusammenhang mit einer malignen Lymphdrüsen-Erkrankung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medicin.

Der

Hohen medicinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Julius Schuester,

cand. med.

aus Burgau, Bayern.

1896.

ACAD.
LUDD.BAT.
BIBL.

München.

Druck von M. Ernst, Senefelderstrasse 4.

Referent: Professor Dr. Bollinger.

Die Seltenheit der Combination, wie sie vorliegendes Krankheitsbild bietet, sowie der Umstand, dass zwei Erkrankungen, die als exquisit lymphatische bezeichnet werden müssen, gleichzeitig nebeneinander bestanden haben, legen es vor allem nahe, nach etwaigen Beziehungen, welche zwischen den beiden Schädlichkeiten bestanden haben, zu forschen.

Es kann nun wohl keinem Zweifel unterworfen sein, dass ein Gewebe, das länger als zwei und ein halbes Dezennium, wie das für unsern Fall mit aller Sicherheit nachgewiessen werden kann, ständiger Sitz einer Schädlichkeit gewesen ist, an seiner Widerstandskraft ganz enorm eingebüsst hat, und dass das Anhaften von infektiösen Keimen dadurch in hohem Grade begünstigt wurde.

Es wäre nun weiter die Frage zu stellen, ob man berechtigt ist, zwischen der erysipelotösen Affektion und der Noxe des Grundleidens noch einen engeren Zusammenhang vorauszusetzen, als es die Annahme eines erhöhten prädisponierenden Einflusses gestattet.

Ueber diesen Punkt Bestimmtes zu ermitteln, ist um so schwieriger, als gerade die Erkrankungen des Lymph-Apparates noch Gebiete einschliessen, die ätiologisch sehr wenig bekannt sind und deren Genese sich vielfach noch auf Hypothesen stützt.

Ich habe hier vorzüglich die aleukämischen Lymphdrüsen-Schwellungen, wie sie Bonfils wegen des Mangels einer nachweisbaren Blutveränderung als eigene

Krankheitsform abgetrennt wurden, im Auge, die seitdem vielfach das Interesse der Forscher in Anspruch nahmen, und in neuester Zeit wieder ganz besonders Gegenstand eingehender Untersuchungen geworden sind.

Bisher ist es zwar noch nicht gelungen, befriedigende Aufschlüsse über das Wesen der Krankheit zu erhalten, aber die Forschungs-Resultate treffen sich alle in dem Punkte, dass es sich hierbei um infektiöse Prozesse handle, wie dies auch für die echte Leukämie schon mit grösserer Sicherheit angenommen werden konnte.

Da nun aus später zu besprechenden Gründen die Lymphdrüsen-Erkrankung unseres Falles mit grosser Wahrscheinlichkeit hier zu subsummieren ist, so wäre die Möglichkeit des Bestehens eines Zusammenhanges zwischen Complication und Grundleiden schon nicht mehr so weit hinausgerückt, wenn wir freilich bis jetzt nicht in der Lage sind, eine Annahme nach dieser Richtung hin wissenschaftlich zu begründen. Mit Rücksicht darauf müssen wir uns begnügen, auf das Auffällige eines solchen Zusammentretens zu verweisen, das durch die Annahme, es habe sich hier eben auch um eine auf der Widerstandslosigkeit des ganzen Organismus fussende erysipelotöse Infektion gehandelt, wie das bei geschwächten, und heruntergekommenen Patienten häufig im letzten Stadium der Krankheit beobachtet werde, sicher keine erschöpfende Erklärung findet.

Da ich mich im Folgenden vielfach auf die Krankengeschichte und den Sektionsbericht beziehen muss, ist es zweckmässig, dieselben hier folgen zu lassen.

Kranken-Geschichte von der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses rechts der Isar zu München.

Donaubauer, Taglöhner, 48 J.

Diagnose: Lymphomata colli utriusque lat.

Anamnese: Patient giebt an, seit dem Feldzuge 70/71 an Drüsenschwellungen am Halse zu leiden; als junger Mann habe er nie etwas Derartiges gehabt.

Zum erstenmal wurden ihm Drüsen exstirpiert links hinter dem Ohre. (Narbe sichtbar.)

Bei seiner Aufnahme sind verschiedene Drüsen-Packete vergrössert, teilweise vereitert, am Halse zu konstatieren.

Rechts ein fast apfelgrosses Drüsen-Packet in der Reg. paros. masset.; teilweise Fluctuation nachweisbar, Haut leicht gerötet; ferner ein kleineres Packet am Rande des Unterkiefers und ein drittes grösseres in der Fossa supraclavic. dextr.

Links war das grösste, schmerzlichste und das Atmen am meisten hindernde Packet in der fossa supraclavicul. gelegen, etwa in der Grösse eines kleinen Apfels.

Eine zweite, etwas kleinere Geschwulst befindet sich hinten links am Unterkieferwinkel.

Therapie: Feuchte Umschläge, innerlich JK.

15. II. 96. Drüsen sind etwas weicher und verschieblich; subjektive ziemlich grosse Atembeschwerden, so dass Patient Operation wünscht.

Operation vom 25. II. 96.

In Chloroform-Narkose (105 Min.) wurden in sechs Incisionen die Lymphome exstirpiert und die zerfallenen Partien ausgekratzt. Fil de florence Saturen, Jodoform-Gaze Verband, Mooswatte.

Die Untersuchung der Geschwülste im pathalog. Institut ergab Lymphomata.

27. II. Subjekt. Befinden gut, etwas Schmerz.

29. II. Verbandwechsel; aus der Wunde vor dem rechten Ohre mässige Eiterung; die andere in Heilung per primam. Verband.

3. III. 96. Verbandwechsel, Entfernung der Nähte; Eiterung an der genannten Wunde geringer.

8. III. Heilung gut fortschreitend.

12. III. Alle Incisionen geheilt; keine Schmerzen, nur ein Taubsein in den betreffenden Hautpartien um die Incisionswunden.

5 Narben: in der regio paras. dextr., unter dem rechten Unterkiefer, in der rechten fossa supraclavic., in der linken fossa supracl. (10 cm lang), eine kleine hinter dem linken Unterkieferwinkel.

Gebessert entlassen.

Am 21. April sucht Patient wieder das Krankenhaus auf.

Diagnose: Lymphomata colli, axillares, region. inguinalis.

Anamnese: Patient war vor kurzer Zeit im hiesigen Krankenhause, wo ihm verschiedene Drüsen am Halse, welche sarkomatösen Charakter zeigten, entfernt wurden.

Status vom 21. VI. 96.

Grössere Drüsenschwellungen in der rechten Axille und in der Inguinalgegend.

Die früheren Incisionsnarben gut geheilt.

Therapie: Solut. arzenical Fowleri

aqua amygd. amar. aa. 7,5

Tgl. 4 Tropfen steigend.

11. V. Temperatur $37{,}1^0$—$37{,}2^0$.

Mässiges Fieber, fühlt sich nicht wohl, Appetit schlecht, wie Schlaf.

12. V. Temper. $38{,}8^0$—$39{,}4^0$.

13. V. Temper. $39{,}0^0$—$39{,}5^0$.

Patient klagt über heftige Kopfschmerzen, die besonders im Hinterkopf stark auftreten.

Auf der Lunge, abgesehen von einzelnen Ronchi, nichts Besonderes nachweisbar.

14. V. $39{,}3^0$—$40{,}0^0$.

15. V. 39,2°—40,1°.

Starke Röte und Schwellung der Nasenschleimhaut und der äusseren Haut in der Nasengegend, heftige Kopfschmerzen, grosse Schwäche.

16. V. 40,6°—40,2°.

17. V. 39,0°—40,2°.

Zunahme der Rötung und Schwellung der Gesichtshaut; beide Augenlider sind ergriffen, Allgemeinbefinden schlecht.

18. V. 39,9°—40,2°.

19. V. 39,8°—40,2°.

Starke Schwellung, die auf die Augenlider übergegangen ist, grosse Schwäche, kleiner, aussetzender Puls, Respirationserschwerung. Die Haut über dem linken Augenlide ist bläulich verfärbt und stösst sich in Fetzen ab.

19. V. Tod.

Sektionsbericht.*)

Anatomische Diagnose: Chronische Sepsis, Erysipelas des Gesichtes, Halses und rechten Oberarms, nekrotisirendes Erysipel des Pharynx und Larynx, bedeutende Schwellung der Halslymphdrüsen und der intraabdominellen Lymphdrüsen, Milztumor, trübe Schwellung der Leber, Dilatation der Herzventrikel, Adipositas universalis.

Gewichte:

Gehirn 1560,
Linke Lunge 570,
Rechte Lunge 850.
Herz 470,
Leber 2730.

*) Sektions-Journal des Pathol. Instuts Nr. 423. 1896.

Milz 730.

Linke und rechte Niere 470.

Aeussere Besichtigung. Organe der Lokomation.

Sehr kräftig gebaute männliche Leiche; die Haut des Gesichtes, Halses und der oberen Brusthälfte blaurot verfärbt, Epidermis zum Teil abgehoben, das darunter liegende Chorion mit einem schmierig-eitrigen Belag bedeckt, Hals sehr kurz. Auch am Oberarm ausgedehnte Epidermis. Defekte, mit freiliegender, stark geröteter Cutis. Keine Oedeme. Fettpolster über Brust und Bauch bis 4 cm stark, Muskulatur ziemlich kräftig, dunkelbraunrot; grosses Netz sehr fettreich, heruntergeschlagen. Im Abdomen keine abnorme Flüssigkeit.

Zwerchfellstand beiderseits 4. Rippe. Herzbeutel liegt gut handtellergross vor, in demselben einige Esslöffel leicht getrübten Serums.

Respirations-Organe.

L. Lunge an der Spitze verwachsen, ebenso die rechte, beide Pleurahöhlen leer.

L. Lunge mit durchsichtiger glatter Pleura.

Beide Lungen schneiden sich ziemlich weich, sind sehr dunkel, ziemlich blutreich, ohne Einlagerung, in allen Teilen gut lufthaltig.

In den Bronchien die Schleimhaut stark injiziert.

Rechte Lunge gross und schwer, Pleura mit Spangen besetzt, Ober- und Mittellappen hochgradig mit einer schaumigen Flüssigkeit durchsetzt, Luftgehalt dementsprechend reduziert. Unterlappen blutreich, weniger durchfeuchtet, gut lufthaltig.

Die Schleimhaut des Zungengrundes und des Rachens dunkelblaurot gefärbt, stark geschwellt, Schleimhaut sehr stark injiziert und allenthalben livide verfärbt. Im Larynx die Schleimhaut auf weite Strecken

hin in ihren oberen Schichten nekrotisch abgehoben; die hintere Fläche der Epiglottis von einer zweiten, grauweissen Membran bedeckt. Nach Abstreifung der nekrotischen Partien kommt man auf eine im beginnenden Zerfall stehende, eitrig imbibierte Schicht.

Die Lymphdrüsen zu beiden Seiten des Halses sind stark geschwellt bis zu Wallnussgrösse.

Organe der Zirkulation.

Herz in beiden Abschnitten ziemlich ausgedehnt; im rechten Vorhof reichlich Speckgerinnsel; auch im rechten Ventrikel sehr reichliche zähe Fibringerinsel.

Rechter Ventrikel stark ausgedehnt, Muskulatur ziemlich kräftig entwickelt, Entocard durchsichtig; linker Ventrikel mit sehr kräftigen Muskelwandungen; Papillarmuskeln breit und plump. Aorten- und Mitralklappen beweglich, ohne Einlagerungen. Endocard unterhalb der Aortenklappen leicht streifig getrübt.

Peritonaeum; Milz.

Milz in allen Dnrchmessern sehr beträchtlich vergrössert. Kapsel mit einigen bindegeweblichen Auflagerungen. Die Masse über die Konvexität: $19^1/_2 : 12^1/_2$. Konsistenz weich. Auf dem Durchschnitt Pulpa etwas blassgraurot, überquellend; Follikel im allgemeinen gut erkennbar; Gewicht gering.

Verdauungskanal.

Die retroperitonaealen Lymphdrüsen sind bis zu Dattelgrösse geschwellt, ohne Einlagerungen, streifig injiziert.

Magen ziemlich gross; Schleimhaut von zahlreichen schwärzlichen Blutaustritten durchsetzt, leicht granuliert, nicht verdickt.

Im untern Ileum Schleimhaut blass, mit wenig gallig imbibierten Speisebrei bedeckt, ebenso im Dickdarm.

Leber.

Gleichfalls sehr gross und schwer, mit durchsichtig glatter Kapsel; Konsistenz etwas herabgesetzt; Schnittfläche von graugelblicher Farbe, auf derselben schmieriger Parenchymsaft abstreichbar. Aus den durchschnittenen Gefässen entleert sich reichlich Blut. In der Gallenblase nur ein paar Tropfen braungelber trüber Galle.

Harn-Apparat.

L. Niere mit bedeutender Fettkapsel; die fibröse ist leicht abziehbar; Organ ziemlich gross, Oberfläche dunkel; auf dem Durchschnitt das Gewebe des Markes und der Rinde deutlich geschieden. Rinde gegen die dunkleren Markkegel abgehoben. Glomeruli stellenweise etwas vorspringend; Nierenbecken ziemlich fettreich, aber eng, mit injizierter Schleimhaut. R. Niere wie die linke.

Nervensystem.

Gehirn gross, mit durchsichtigen, weichen Häuten; Gehirnmasse ziemlich stark durchfeuchtet, mit reichlichen, rasch zerfliessenden Blutpunkten, ohne Einlagerungen und sichtbare Herderkrankungen.

Es möge nun die chronische Lymphdrüsen-Erkrankung in erster Reihe Besprechung finden.

Ich betrachte es nicht als in die Grenzen dieser Arbeit gehörig, vorstehende Erkrankung ätiologisch klar zu stellen, da die Schwierigkeiten, welche einem solchen Versuche aus der mangelnden Kenntnis gewisser, hier in Frage kommender Formen erwachsen müssten, doch nur bis einem gewissen Grade Aussicht auf Erfolg gestatten und die gewonnenen Resultate, bei der beschränkten Möglichkeit, sie wissenschaftlich zu begründen, über den Wert einer subjektiven An-

sicht doch nicht erhaben wären; ich habe mir vielmehr die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, in wie weit vorliegender Fall, der sich ja in vielen Punkten durch seine Eigenart auszeichnet, die nach den bisherigen Erfahrungen für die in Frage kommenden Erkrankungen sich als typisch erwiesenen Erscheinungen zeigt, und festzustellen, mit welcher der bezüglichen Erkrankungen er die meisten Analogien aufweist. Hieraus mag ja wohl die Zugehörigkeit zur einen oder andern Form als wahrscheinlicher gefolgert werden können, obwohl einem solchen Schluss niemals Beweiskraft zukommen kann. Es kommen in unserem Falle hauptsächlich vier Möglichkeiten in Betracht, wenn wir uns nicht allein auf das im Krankenhause sich Abspielende beschränken, sondern den gesamten Verlauf des Leidens ins Auge fassen; diese sind: Tuberkulose, Sarkome, infektiöse Granulome und Pseudoleukämie.

Wie wir aus der Anamnese erfahren, datieren die Anfänge des Leidens bis ins Jahr 1870 zurück, und kam der Prozess, wie ihn der Patient als zu ein und derselben Krankheit gehörig auffasste, alljährlich mit einer gewissen Regelmässigkeit zum Durchbruch. Dagegen kann von vornherein geltend gemacht werden, dass die Identität dieser verschiedenen Erkrankungen und damit der Bestand einer einheitlichen Krankheits-Ursache sehr fraglich sei, da sie sich der Betrachtung entzogen hätten und deshalb über dieselben nur vermutungsweise etwas ausgesagt werden kann.

Es müssten dann notwendig mehrere verschiedene Krankheiten angenommen werden.

Diese Annahme hat insofern Berechtigung, als wir den im Krankenhause sich abspielenden Prozessen, mit Rücksicht auf die Ausbreitung des Prozesses, die Intensität der Erscheinungen und die kaum innerhalb

vier Wochen sich einstellenden Recidive eine gesonderte Stellung einräumen und sie als ganz besonders bösartig bezeichnen müssen gegenüber den früher beobachteten.

Ueber diese letztgenannten erfahren wir von der Frau des Patienten, dass sie eine grosse Regelmässigkeit in ihrem Verlaufe aufwiesen und insofern wohl derselben Ursache entsprungen sein dürften. Wenn nun die Aussagen der Frau, wie jede Anamnese, nur bedingtes Vertrauen verdient, so ist doch den Beobachtungen einer Person, die alljährlich Gelegenheit hatte, den Patienten gleichsam unter ihren Augen erkranken zu sehen, einiger Wert beizumessen.

Wie weit die im Krankenhause sich abspielenden bösartigen Prozesse mit den früheren, mehr gutartigen und lokalisiert bleibenden Affektionen verknüpft werden müssen, ist mit Sicherheit nicht zu entscheiden. Möglich ist, dass es derselbe war, der nur mit wechselnder Intensität in den einzelnen Fällen zum Durchbruch kam; möglich ist auch, dass die chronische Erkrankung eine erhöhte Disposition für die maligne, anders artige, geschaffen hat.

Vielleicht bestanden hier ähnliche Verhältnisse, wie zwischen Skrophulose und Tuberkulose.

Vergleichen wir nun mit den oben genannten Krankheitsbildern, so finden wir von der Tuberkulose, dass sie äusserst chronische Formen annehmen und gerade in den Lymphdrüsen jahrelang lokalisiert bleiben kann. In der Mehrzahl der Fälle sind aber auch in andern Organen die charakteristischen Herde gefunden worden. Für sie wird der Nachweis der spezifischen Krankheitserreger stets das Entscheidende sein. In unserm Falle konnten weder Bazillen nachgewiesen werden, noch fanden sich, abgesehen von geringen Verwachsungen der Lungen, in einem Organ Ver-

änderungen, welche als tuberkulöse angesehen werden konnten.

Syphilitische Affektionen weisen ebenfalls oft einen sehr protrahierten Verlauf auf; sie können aber meist mit Rücksicht auf den Verlauf, die Anamnese und die charakteristischen Veränderungen in andern Organen erkannt werden.

Für unsern Fall berechtigen uns weder die Befunde in den übrigen Organen, noch die Anamnese zu einer derartigen Annahme.

Die Lymphosarkome sind besonders durch Ueberwuchern auf anderartiges Gewebe und dadurch bedingte Unbeweglichkeit, ferner durch die Neigung, Metastasen in entfernten Organen zu bilden, ausgezeichnet. Sie verraten ihren bösartigen Charakter meist viel früher und werden sich kaum auf so lange Zeit erstrecken.

Was endlich die Pseudoleukämie betrifft, so sind wohl die meisten mitgeteilten Fälle von den Autoren als chronisch bezeichnet, indem sie sich auf 2 bis 3 Jahre, vom Auftreten der ersten Drüsenschwellungen bis zum Tode gerechnet, erstrecken, es findet sich aber kein Fall, der nur annähernd diese Dauer aufzuweisen hätte.

Bei allen diesen Vergleichen ist bezüglich unseres Falles von der stillen Voraussetzung ausgegangen, dass es sich um ein und denselben, oder, wenn wir die beiden letzten Affektionen abtrennen wollen, um zwei in engster Beziehung zu einander stehenden Prozesse handelt, da diese Auffassung, wenn sie auch nicht erwiesen ist, die natürlichste ist und die Erscheinungen am besten zu erklären vermag.

Bezüglich der differenzial-diagnostischen Merkmale der Drüsen-Tumoren selbst sind die Meinungen, besonders in früherer Zeit, vielfach auseinandergegangen.

Es ist Virchows Verdienst, Klarheit in die Sache gebracht zu haben, indem er in streng kritischer Weise bei Besprechung der pseudoleukämischen Tumoren, um deren Isolierung es ihm hauptsächlich zu thun war, die für die verschiedenen Arten von Tumoren sich als charakteristisch erwiesenen Merkmale fixierte.

Es wird bei Besprechung der einzelnen Krankheiten davon noch ausführlicher die Rede sein.

Die tuberkulösen Tumoren zeigen schon in den kleinsten Formen, den Tuberkeln, eine grosse Neigung zu repressiven, nekrobiotischen Prozessen und fettigkäsiger Metamorphose. Sie zeichnen sich auch durch hochgradige periadenitische Zustände aus. Der Nachweis von Riesenzellen und Tuberkelbazillen wird schliesslich immer entscheidend für sie sein.

Die infektiösen Granulome bieten grössere Mannigfaltigkeit und die Diagnose kann hier meist nur mit Rücksicht auf Verlauf und Anamnese gesichert werden. Oefter giebt auch die bereits eingeleitete Tnerapie weitere Aufschlüsse. Das Verhalten der echten Lymphosarkome wurde bereits oben erwähnt. Auch bei ihnen macht sich eine Tendenz zum Zerfall geltend.

Im Gegensatz zu diesen Formen scheint für die pseudoleukämischen Tumoren eine geringe Neigung zu repressiven Prozessen die Regel zu sein.

Die bereits von Virchow betonte »Persitenz der Gebilde« wird von den meisten Autoren als wichtiges Charakteristikum dieser Art von Lymphomen angesehen.

Man hat nach Virchows Vorgang zwei Formen unterschieden, welche gleich häufig zu sein scheinen: eine weiche, welch rasche grosse Tumoren bildet, die häufig Fluctuation zeigen, und eine harte, welche durch derbe rundliche Knollen dargestellt wird. Bei letzteren überwiegt, im Gegensatz zu den weicheren, die Hypertrophie des Reticulums.

Beide Formen bleiben meist auf das Drüsengewebe lokalisiert; die Haut über ihnen wird nur geringgradig affiziert und bleibt leicht verschieblich.

Neuere Forschungen aber haben nun gezeigt, dass diese Grenzen nicht vollständig aufrecht erhalten werden können.

So sagt Schmaus in seinem 1895 erschienenen Lehrbuche der pathologischen Anatomie über diese Verhältnisse Folgendes: »Diese multiplen Hyperplasien des lymphatischen Apparates (womit die pseudoleuk. Tumoren gemeint sind) zeigen öfter nach zwei Richtungen Uebergänge zum Charakter der Geschwülste. Sie greifen nicht selten vom Drüsengewebe, die Drüsenkapsel durchbrechend, auf dessen Umgebung über, halten sich also nicht wie eigentliche Hyperplasien an die Grenzen des Gewebes, von welchem sie ausgehen, und bewirken zweitens Entstehung ähnlich gebauter Knoten in andern Organen, Leber, Niere, Hirn u. s. w.

Es entstehen also vom primären Herde echte heterotope Metastasen auch in solchen Organen, die sonst keine Lymphdrüsen enthalten.«

Ferner sind von Westphal in einer Zusammenstellung von 21 Fällen von Pseudoleukämie zwei aufgeführt, die deutliche regressive Metamorphose zeigten.

In auffallend häufiger Weise sind die Halslymphdrüsen als erster Ort der Erkrankung beschrieben worden. Man hat daraus den Schluss gezogen, dass weitaus am häufigsten die Infektion von der Mundhöhle aus erfolge und Ebert teilt einen Fall mit, bei dem eine schwere Mundaffektion von Anfang bis zum Ende im Vordergrunde der Erkrankung stand.

Auch Walter und Westphal haben Fälle beschrieben, bei denen eine Mundaffektion dem Entstehen der Pseudoleukämie vorausging.

In unserem Falle bildeten die Halslymphdrüsen Jahrzehnte lang die ausschliesslich affizierten Teile; von hier verbreitete sich der Prozess auf die benachbarten Lymphdrüsen.

Metastatische Einlagerungen in entfernteren Organen, mit Ausnahme der retroperitonealen Veränderungen im gleichartigen Gewerbe, konnten nicht gefunden werden.

Der Verlauf setzte sich aus einzelnen Anfällen zusammen, welche mit grosser Schmerzhaftigkeit verbunden waren. Die Drüsen der Halsgegend schwollen rasch zu grossen Tumoren an, welche, sich selbst überlassen, regelmässig vereiterten und nach aussen durchbrachen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Lymphome. Ueber den bakteriellen Befund derselben ist nichts mitgeteilt.

Der im vorliegenden Falle ziemlich beträchtliche Milztumor und die trübe Schwellung der Leber bieten für die einzelnen Erkrankungen nichts Charakteristisches, ja sie können als ganz gewöhnlicher Befund sich bei allen Infektionskrankheiten überhaupt einstellen. Bei der Pseudoleukämie kehren diese Befunde, bezüglich der Milz hauptsächlich, mit solcher Regelmässigkeit wieder, dass man den Milztumor als zum Bilde dieser Erkrankung gehörig bezeichnen kann.

Oft tritt er gegenüber den übrigen Erscheinungen so sehr in den Vordergrund, dass man von einer rein lienalen Form der Pseudoleukämie gesprochen hat. Von manchen Autoren werden diese Formen allerdings der perniciösen Anämie näher stehend bezeichnet. Strümpell hat dafür die Bezeichnung Anämia splenica gewählt.

Von Westphal wurde das Auftreten hämorrhagischer Diathese als besonders häufig bei Pseudoleukämie

beschrieben. Diese kann sich verschieden äussern und auch mit Hämophilie kombiniert sein. Unser Fall weist sie in Form von pesechialen Blutungen im Magen und auf der Gehirnoberfläche auf.

Dieses sind die wesentlichen Punkte, welche zur Lymphdrüsen-Erkrankung Beziehung haben. Fassen wir nun kurz zusammen, so hat sich ergeben:

Der Mangel eines spezifischen Befundes für Tuberkulose sowohl wie auch für Lues lassen es wahrscheinlich erscheinen, dass die fragliche Erkrankung ätiologisch mit diesen nicht identisch ist. Von einer echten sarkomatösen Erkrankung muss abgesehen werden, da die ausgeschnittenen Elemente bei der mikroskopischen Untersuchung sich nicht als sarkomatische, sondern als einfach hyperplastische erwiesen haben.

Es ist denn nicht abzustreiten, dass das Krankheitsbild, das ja im allgemeinen als atypisches bezeichnet werden muss, vielfach analoge Erscheinungen bietet, wie die Pseudoleukämie.

Wenn wir endlich berücksichtigen, dass die Aetiologie der Pseudoleukämie noch vollständig dunkel ist, und es noch gar nicht als erwiesen betrachtet werden kann, dass alle Formen, wie sie jetzt unter dem Namen Pseudoleukämie zusammengefasst werden, auch wirklich einer einheitlichen Krankheitsursache entsprechen, so ist es wohl gestattet, wenn wir unsern Fall, der, wie oben bereits erwähnt ist, mancherlei Analogien mit den unter diesem Kapitel aufgeführten Fällen bietet, hier anschliessen.

Es erübrigt nun noch, die Komplikationen, die wohl die nähere Ursache des letalen Ausganges gewesen sind, zu besprechen.

Die Beziehungen derselben zum primären Leiden sind bereits eingangs der Arbeit besprochen worden.

Aus Gründen der Zweckmässigkeit dürften das Erysipel und die septische Intoxikation gemeinsame Erledigung finden, da sie ja sehr innig znsammenhängen und in analogen Fällen von manchen Autoren sogar auf die Einwirkungen ein und desselben Krankheitserregers zurückgeführt werden (Strümpel.) Diese letztere Annahme ist um so wahrscheinlicher, als der Erysipel-Streptococcus mit dem Streptococcus aureus nach den Mitteilungen von Fränkel, Jordan und andern, völlig identisch zu sein scheint.

Von den schweren Formen von Erysipel bei entkräfteten Kranken war schon die Rede. Strümpell bezeichnet es als auffallend häufig bei Phthisikern, Carcinomkranken u. s. w. im letzten Stadium der Krankheit. Das Erysipel des Kehlkopfes ist ja ein weniger häufiges Vorkommnis, wenigstens in dieser schweren nekrotisierenden Form. Leichtere Kehlkopfaffektionen sind ja wohl sehr häufig; dabei ist aber in jedem Falle zu untersuchen, in wie weit sie mit dem Erysipel oder besser mit dem Erysipelcoccus in Beziehungen stehen. Vielfach sind es nur einfache katarrhalische Anginen, welche gleichzeitig mit dem Erysipel bestehen. So führt Ziemssen eine von englischen Aerzten gefertigte Statistik an, in der bei 60 % der beobachteten Fälle von Erysipel solche Katarrhe beobachtet wurden.

Auch bei exanthematischen Infektionskrankheiten besonders Scharlach, Masern, Pocken, ferner beim Typhus sind sie ebenfalls häufige Komplikationen.

Ein eigentliches Fortschreiten des Prozesses auf die Schleimhäute wurde lange Zeit nur für die Pocken angenommen.

Diese Katarrhe zeigen im allgemeinen eine günstige Prognose und nur in den seltensten Fällen könnten sie durch rasch anwachsende Stenozen Lebensgefahr

bedingen. Nun wurden aber von Ziemssen eine Anzahl ulcerierender Formen, wie sie bei Septikämie, ulceriöser Endocarditis, Typhus, den exanthematischen Erythemen und auch vom Erysipel mitgeteilt wurden, unter dem Namen Laryngytis phlegmonosa zusammengefasst und bereits auf die Möglichkeiten verwiesen, dass entweder die spezifischen Krankheits-Erreger dorthin verschleppt wurden oder dass der infektiöse Prozess sich mehr selbständig im Kehlkopf lokalisierte. Dabei ist ferner, mit Rücksicht auf die anatomischen Veränderungen und den klinischen Verlauf, scharf zwischen den Laryngitiden bei dem primären, sporadischen Gesichtserysipel und dem in Spitälern meist als accidentelle Wundkrankheit auftretendem bösartigen Rotlauf, mit Tendenz zur Eiterung, unterschieden. Die ersteren sind prognostisch günstig, die letzteren äusserst ungünstig.

Massei fasst nun alle diese Affektionen in seinem Werkchen »Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfes«, als sekundäres Larynx-Erysipel auf und sucht mit seinen Theorien die Beobachtungen Ziemssens, Mackenzies und anderer in Uebereinstimmung zu bringen.

Mackenzie bemerkt über das Kehlkopf-Erysipel, dass es sowohl primär als auch sekundär von der Haut oder von den benachbarten Schleimhäuten aus vorkommen kann.

Für unsern Fall steht nur mit Sicherheit fest, dass der Prozess auf den Schleimhäuten begonnen hat und erst sekundär durch die Nase auf die äussere Haut übergegangen ist. Wahrscheinlich hat er sich vom Nasen-Rachenraum nach zwei Richtungen fortgepflanzt. Ueber die Zeit des Entstehens im Kehlkopf ist in der Krankengeschichte leider nicht mitgeteilt. Dass primäre Larynx-Erysipel vorkommen kann, hat Massei

zuerst in einer grossen Anzahl von Fällen nachgewiesen. Später haben verschiedene Autoren solche Fälle veröffentlicht.

Ziegler bringt im Deutsch. Archiv für klinische Medic. Bd. 44 einen Fall aus der Ziemssen'schen Klinik zur Kenntnis.

In unserm Falle muss also die Möglichkeit, dass der Prozess primär vom Kehlkopf ausgegangen ist, offen gehalten werden; dass er schliesslich im Kehlkopf war, hat die Sektion ergeben.

Dass es ein äusserst bösartiges Erysipel gewesen ist, beweisen die grossen Zerstörungen, welche es in der kurzen Zeit seines Bestehens anrichtete; dass endlich bei solch ausgedehnten, in jauchigem und eitrigem Zerfall sich befindlichen Wundflächen eine septische Intoxication unausbleiblich ist, liegt auf der Hand. Dass die letztere nicht den gewöhnlichen akuten Verlauf zeigte, hängt vielleicht mit dem Umstande zusammen, dass die durch die Coccen producierten Toxine eben allmählich im Körper sich häuften, wie auch der jauchige Zerfall der Gewebe nicht mit einem Schlage einsetzte.

Massei und Andere sind nun noch einen Schritt weiter gegangen und suchten für die häufig im Anschluss an Erysipel des Kehlkopfes sich einstellenden Bronchial- und Lungenaffektionen die Ursache, nicht in der durch das Oedem der oberen Teile veranlassten Stauung, wie man das früher allgemein that, sondern in einem direkten Fortschreiten des primären Prozesses auf diese Teile. Er spricht also auch von einem Lungen-Erysipel.

D'Antona spricht ebenfalls von einem Gesichts-, Haupt-, Hals und Lungen-Erysipel.

Trousseau nimmt ein Wandererysipel in den Lungen an, analog der Wanderpneumonie.

Dr. Bertrand, Strauss, Laveran haben Fälle dieser Art beobachtet und veröffentlicht. De Renzi kommt bei der Besprechung der erysipelatösen Pneumonie zu dem Schlusse, dass die erysipelatöse Natur der Krankheit oft geradezu aus dem wandernden Charakter der Krankheit geschlossen werden könne, während sie in andern Fällen keinen ambulierenden Charakter aufweist.

Ob die entzündliche Alteration der Bronchialschleimhaut in unserm Falle darauf zurückzuführen ist, lässt sich bei den geringen Veränderungen, welche die Lungen aufwiesen, schwer entscheiden. Man könnte die Sache sehr wohl so erklären, dass der Prozess längs der Lymphgefässe der Trachea gegen die Lungen zu weiter gewandert ist, wegen der kurzen Dauer der Erkrankung eine weitere Verbreitung aber nicht mehr möglich war.

Stenosierende Erscheinungen scheinen im vorliegenden Falle nicht aufgetreten zu sein, vielmehr zeigte der Prozess frühzeitig die Tendenz des Verfalles und der Eiterung.

Das hohe Fieber ist sowohl durch den erysipelatösen Prozess selbst, wie bekannt ist, als auch durch die sich stets steigernde septische Intoxication erklärt. Der Milztumor und die trübe Schwellung der Leber könnte auch diesen Momenten ihre Entstehung verdankt haben.

Da über das Verhalten dieser Organe vor Eintritt dieser Complikationen nichts bekannt ist und die einzelnen Krankheiten hierin nichts Charakteristisches bieten, so sind wir hierüber im Unklaren gelassen.

Ueber die Aetiologie dieser Kehlkopf-Affektion lässt der im unmittelbaren Fortschreiten auf die äussere Haut sich als typisches Erysipel erweisende Prozess nicht die geringsten Zweifel aufkommen.

Ob der Beginn der Erkrankung im Kehlkopf zu suchen ist, ist nicht mehr zu ermitteln; jedenfalls ist Thatsache, dass der Prozess primär auf der Schleimhaut entstanden ist.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedicinalrat Professor Dr. Bollinger, für die Anleitung zu dieser Arbeit auch an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen.

Die Krankenprotokolle wurden mir in liebenswürdigster Weise von Herrn Hofrat Dr. Brunner zur Einsicht überlassen.